Leichentuberkel und Lungenphthise.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Paul Ricken
Medizinalpraktikant aus Nümbrecht.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1921.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
am 21. Februar 1921.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent Prof. Dr. Schwenkenbecher.

Ein Fall, der in der Medizinischen Klinik in Frankfurt a. M. vor Jahren zur Begutachtung kam, gibt Veranlassung, auf die Infektionsmöglichkeit und die Wege, die für ein Weiterschreiten der tuberkulösen Erkrankung von einem Leichentuberkel an der Hand bis zur Lunge in Betracht kommen, einzugehen.

Es handelt sich um einen 28 jährigen Sektionsdiener am pathol. Institut, der sich im Jahre 1909 zwei Leichentuberkel an der linken Hand zuzog. Es folgte in den nächsten Wochen Schwellung der Achseldrüsen, die nicht wieder verschwand. Februar 1911 traten bei dem Manne Husten mit Auswurf und Nachtschweisse auf. Im Juni 1911 wurde er in die Klinik aufgenommen und hier die Diagnose einer Tuberkulose der rechten Lungenspitze mit Exsudat im rechten Pleuraraum gestellt. Nach zeitweiliger Entlassung fand sich nach einem halben Jahre eine akute progrediente beiderseitige Lungentuberlose. Der Tod trat einige Wochen später ein.

Kann nun in diesem Fall ein Zusammenhang zwischen Leichentuberkel und später in Erscheinung tretender Lungentuberkulose angenommen werden?

Wenn auch der Leichentuberkel in der Mehrzahl der Fälle nur lokale Erscheinungen macht, und ohne weitere Allgemeinfolgen verläuft, so finden sich doch in der Literatur genügend viele Beispiele in denen Infektion der Organe sich nach Leichentuberkeln entwickelt haben. Schon Laenner glaubte seine Phthise auf einen Leichentuberkel zurückführen zu müssen, den er sich bei einer Sektion zugezogen hatte.

Aehnliche Fälle berichten Tuffier, Ravenel, Verchère, Riehl und Paltauf, Merclen, Morel Lavallée, Gerber u. a.

Es ist nun zu erwägen, auf welche Weise und welchen Wegen ein Weiterschreiten der tuberkulösen Infektion stattfinden kann.

Wie bei jedem anderen im Körper befindlichen Herd, muß auch beim Leichentuberkel damit gerechnet werden, daß zeitweise Bazillen in den Blutkreislauf übergehen. Untersuchungen, die von Weichselbaum, Liebermeister, Rosenberger, Kennerknecht, Lubarsch u. a. zum Nachweis angestellt wurden, wie oft sich Tuberkelbazillen im Blute des Menschen finden, haben bewiesen, daß jeder pulmonale und extrapulmonale Herd die zu einer Organinfektion führenden Bazillen liefern kann. Ferner stellt, entgegen der früheren Ansicht, das regionäre Lymphdrüsensystem kein absolut dichtes Filter für in die Lymphbahnen eingedrungene Tuberkelbazillen dar, wenn auch die Mehrzahl derselben durch dieses abgefangen wird. Daß freilich die spärlichen Krankheitserreger, die den Schutzwall der Lymphdrüsen durchbrechen, oft eine anderweitige Infektion des Körpers hervorrufen, ist unwahrscheinlich. Vielmehr ist anzunehmen, daß sie meist von den vorhandenen oder povocierten Schutzkräften des Körpers abgetötet werden. Erfahrungsgemäß finden wir jedenfalls in solchen Fällen völlig isolierter Hauttuberkulose kaum je eine Allgemeininfektion des Körpers.

Vor eine andere Sachlage werden wir gestellt, wenn sich im Anschluß an den Leichentuberkel eine Lymphangitis oder, wie in unserem Falle, eine chronische Lymphadenitis, besonders der linksseitigen Achseldrüsen entwickelt. Durch einen sich ständig

wiederholenden Uebertritt größerer Mengen Tuberkelbazillen in die Blutbahn kann hier bei eintretender Drüseninsuffizienz eine langsame Verseuchung des Organismus eintreten, und außerdem entstehen unter Umständen günstige Bedingungen zum plötzlichen massiven Einbruch von Tuberkelbazillen in den Kreislauf. In beiden Fällen können die Schutzkräfte des Körpers versagen, sodaß es zum Entstehen neuer Herde, bzw. zur Miliartuberkulose kommt.

Gelegenheit zum Eindringen in den Blutkreislauf bietet sich den Tuberkelbazillen auf dem ganzen in Betracht kommenden Lymphwege, vorwiegend immer da, wo tuberkulös erkrankte Drüsen nahe den Blutgefäßen liegen, mit der Gefäßwand verbacken und diese durch Erkrankung für die Bazillen durchgängig machen. Wenn die Bazillen erst in das Venenblut gelangt sind, so besteht für eine Infektion der Lunge die größte Gefahr vor allen anderen Organen des Körpers, weil sich in ihr der erste Capillarkreislauf findet und die Lungenspitze zu tuberkulösen Erkrankungen besonders disponiert ist.

Die Möglichkeit des direkten Uebergreifens der tuberkulösen Erkrankung von den erkrankten Achseldrüsen auf die in der Nähe gelegene Pleura als progressiv infiltrierender Prozess oder auf dem Wege perforierender Lymphbahnen ist in unserem Falle schon deshalb nicht in Betracht zu ziehen, weil der ausgeprägtere und früher in Erscheinung tretende Prozeß sich auf der zu dem peripheren Herd entgegengesetzten Lungenseite befindet.

Ebenso erscheint die Weiterverbreitung des tuberkulösen Prozesses zur Lunge und Pleura rein auf dem Lymphwege von den Achseldrüsen über die Supraclaviculardrüsen und von hier durch retrograden Trans-

port der Keime auf den wenigen, nicht einmal immer nachweisbaren Lymphwegen zu den Tracheobronchialdrüsen ins Thoraxinnere hinein, unwahrscheinlich.

Unter Berücksichtigung des haematogenen Infektionsmodus können wir die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Leichentuberkel und späterem in Erscheinungtreten der tuberkulösen Lungenerkrankung bejahen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber läßt sich nur dann die später entstehende Phthise auf den Leichentuberkel zurückführen, wenn mit Sicherheit der Beweis für einen vorher einwandfreien Befund der Lunge oder die Unwahrscheinlichkeit einer anderen Infektion derselben erbracht werden kann. In unserem Falle ist dies nicht möglich. Der Habitus phthisikus des Patienten, sowie der Umstand, daß eine Schwester desselben an Lungentuberkulose gestorben ist, spricht eher für das Gegenteil. Wird aber bei dem Patienten das Vorhandensein eines alten latenten Prozesses in der Lunge angenommen, so läßt das plötzliche Auftreten der Phthise und ihr schnelles Fortschreiten den Schluß zu, daß größere Mengen von plötzlich ins Blut eingebrochenen Tuberkelbazillen den bis dahin schlummernden Prozeß geweckt haben. Der Leichentuberkel stellt also bei dieser Sachlage zwar nicht die Infektionsquelle, aber doch die Ursache für die Exazerbation eines ruhenden Lungenprozesses dar. Somit kann auch unter diesem Gesichtswinkel die tödlich endende Lungentuberkulose bei unserem Patienten letzten Endes auf die Berufsverletzung zurückgeführt werden.